

Programa de Alerta de Necesidades Especiales (SNAP-911)

Oficina de Servicios Médicos de Emergencia para Niños
Departamento de Salud Pública (conocido en inglés como Department of Public Health, [DPH]), Sección de Preparación de Salud Pública, 100 Sunnyside Road, Smyrna, DE 19977
Beth Appenzeller MacDonald Coordinadora de Programa de Alerta de Necesidades Especiales
beth.macdonald@state.de.us
Teléfono: 302-223-1355 Facsímil: 302-223-1330



¿Qué es el Programa de Alerta de Necesidades Especiales?

El Programa de Alerta de Necesidades Especiales (conocido en inglés como The Special Needs Alert Program /**SNAP-911**) reconoce a los niños con necesidades especiales de atención médica para que reciban servicios de los proveedores de servicios médicos de emergencia (conocido en inglés como Emergency Medical Services [EMS]). Es un programa de aviso pre hospitalario para todo niño que tenga necesidades especiales de atención de emergencia. Cuando un niño está escrito en **SNAP-911**, los proveedores de EMS están en alerta de la historia médica del niño. Los proveedores podrán dar una atención de emergencia al niño y reducirán el nivel de estrés que usualmente siente la familia cuando hay una emergencia. En el caso de una llamada al 911, el equipo del servicio médico de emergencia, junto con la familia determinarán las necesidades más importantes del niño.

¿Quién se Puede Inscribir?

Un niño con necesidades especiales de atención médica se puede inscribir. Esto incluye, pero no se limita a niños con retrasos de desarrollo, problemas de salud de comportamiento, discapacidades físicas, tecnología o equipo médico especial, enfermedad de convulsiones, alergias severas, pérdida de audición, pérdida de visión, diabetes, autismo, síndrome de Down, o parálisis cerebral. Esto también incluye a bebés prematuros y de bajo peso al nacer. Ninguna familia será excluida si ellos creen que se beneficiarán con **SNAP-911**.

La participación es estrictamente voluntaria. Usted puede cancelar la inscripción en cualquier momento. La inscripción a SNAP es gratuita.

Cómo Inscribir a su Niño

Llame a la Oficina de Servicios Médicos de Emergencia para Niños (conocido en inglés como Emergency Medical Services for Children [EMSC]) al **302-223-1355**. Pida cómo hacer la inscripción en el programa del **SNAP-911** o baje los formularios de inscripción de nuestro website.
<http://www.dhss.delaware.gov/dph/ems/emsc.html>

Miremos a una llamada de SNAP-911 al 911

Cuando su niño necesite servicios médicos de emergencia, marque el 911. Describa el tipo de emergencia y su ubicación. Dígale a la persona que ha contestado la llamada que su niño es un niño de SNAP-911. EMS podrán revisar la información médica especial del niño y estarán preparados antes de llegar a la escena de una emergencia.



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Public Health



SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES DE DELAWARE
División de Salud Pública

El proyecto estuvo apoyado en parte por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Recursos de la Salud y Administración de Servicios, Oficina de Salud Materna e Infantil, y el Secretario Asistente para Preparación y Respuesta, Acuerdo Cooperativo del Programa de Preparación Hospitalaria, y Easter Seals de Delaware y la Playa Oriental de Maryland.

Programa de Alerta de Necesidades Especiales (SNAP-911)

Estimado Padre o Madre o Custodio,

Para inscribir a su hijo(a) en el Programa de Necesidades Especiales (conocido en inglés como Special Needs Alert Program [SNAP-911]), por favor complete los formularios siguientes:

- El Formulario de Inscripción
 - Por favor complete toda la información que se le pide. Si la pregunta no es aplicable, por favor escriba N/A
 - Por favor recuerde en avisar a SNAP-911 sobre cualquier cambio o actualizaciones a la información de inscripción de su hijo(a) (por ejemplo: dirección, teléfono, cambios en la escuela o guardería, o cambios en la dirección de correo electrónico
 - Termine por favor las instrucciones especiales situadas en la sección médica de la información. ¿Qué instrucciones especiales el abastecedor de servicios médicos de la emergencia necesitará para tratar a este niño?
- El Formulario de Consentimiento.
 - El Formulario de Consentimiento debe ser firmado y atestiguado. El testigo puede ser cualquier persona mayor de 18 años de edad y el formulario no necesita estar notariado.
 - El Formulario de Consentimiento debe actualizarse anualmente. Se le avisará la fecha de la actualización anual. Si no proporciona la fecha de actualización anual, puede que se le retire del programa.
- El Formulario de Información de Emergencia (opcional)
 - El Formulario de Información de Emergencia es un formulario opcional con detalles médicos de más profundidad desarrollado por la Academia Estadounidense de Pediatría para que las familias lo usen en el caso de una emergencia. Si escoge completar el formulario, manténgalo con el niño(a) en todo momento en caso de emergencia. En el caso de una emergencia u hospitalización, puede compartir este formulario con los proveedores de atención médica.
 - Este formulario debe ser completado y firmado por el médico de atención primaria o especialista de su hijo(a) y actualizado cuando ocurran los cambios de información.

Una vez que esté inscrito(a), la persona inscrita no será retirada del Programa de Alerta de Necesidades Especiales, aun después de los 21 años de edad, excepto si la información solicitada no es actualizada anualmente.

Envíeme por correo los formularios originales a la dirección que está escrita al final de esta página.

Por favor llámeme si tiene alguna pregunta o preocupación. Recibirá una llamada de nuestra oficina cuando sus papeles sean procesados.

Gracias por inscribir a su hijo(a) en el Programa de Alerta de Necesidades Especiales.

Atentamente,
Beth Appenzeller MacDonald
Coordinadora de SNAP-911
beth.macdonald@state.de.us
Teléfono: 302-223-1355 Facsímil: 302-223-1330

Oficina de Servicios Médicos de Emergencia, Departamento de Salud Pública, Sección de Preparación de Salud Pública

100 Sunnyside Road, Smyrna, DE 19977



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Public Health



SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES DE DELAWARE
División de Salud Pública

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE ALERTA DE NECESIDADES ESPECIALES

| | | | |
|---|----------------|---------------------------------|--|
| Nombre del niño(a) | | Nombre al que el niño responde: | |
| Fecha de nacimiento: | | | |
| Padre, Madre, Padres / Custodio(s): | | | |
| Teléfono de casa: | | Teléfono del trabajo: | |
| Teléfono celular: | | Correo electrónico: | |
| INFORMACIÓN DEL DOMICILIO | | | |
| Dirección: | | | |
| Ciudad: | Código postal: | Condado: | |
| Descripción de su domicilio: | | | |
| La mejor entrada para el personal de Servicios Médicos de Emergencia (EMS): | | | |
| Ubicación del habitación del niño(a): | | | |
| Departamento local de bomberos / Servicio de ambulancia: | | | |
| Nombre de la persona que brinda cuidado (si es otra que no sea el padre o la madre / custodio): | | | |
| Numero de teléfono de la persona que brinda cuidado: | | | |
| INFORMACIÓN DE GUARDERÍA / ESCUELA / PROGRAMA DURANTE EL DÍA | | | |
| Guardería / Escuela / Programa durante el día: | | | |
| Dirección: | | | |
| Ciudad: | Código postal: | Condado: | |
| Departamento local de bomberos / Servicio de ambulancia: | | | |
| INFORMACIÓN MÉDICA | | | |
| Asunto médico primario: | | | |
| Otros asuntos médicos / diagnósticos: | | | |
| Dispositivos de tecnología / de ayuda: | | | |
| Instrucciones especiales: | | | |

| PARA USO INTERNO SOLAMENTE | | |
|---------------------------------|---|---|
| Fecha de la aplicación | <input type="checkbox"/> Tecnología | <input type="checkbox"/> Comportamiento |
| Fecha de inscripción | <input type="checkbox"/> Sin tecnología | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| Fecha de la visita al domicilio | Agencia: | |



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Public Health





DELAWARE HEALTH AND
SOCIAL SERVICES
Division of Public Health



DELAWARE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA PARA NIÑOS

Consentimiento para la Inscripción en el Programa de Alerta de Necesidades Especiales (SNAP-911)

El programa para Niños de Servicios Médicos de Emergencia de Delaware para Niños con Necesidades Médicas / Atención Médica Especial mantendrá toda la información provista en el Formulario de Información de Emergencia y el Formulario de Visita a Domicilio, de acuerdo a la Ley Federal de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (conocido en inglés como Health Insurance Portability and Accountability Act, [HIPAA]) de 1996, y que se hizo efectiva a nivel nacional el 14 de abril del 2003.

Cada Servicio de Ambulancia a través del Estado de Delaware requiere presentar a usted un Aviso de sus Prácticas de Privacidad de sus operaciones, así como explicarle sus derechos bajo las leyes y pautas Federales de HIPAA cuando visite su hogar para obtener la información de la que se habla arriba para este programa. Además, todo el personal médico de emergencia dedicado a responder a una emergencia médica con respecto a su hijo(a) requieren seguir todas las prácticas e estipulaciones de privacidad que están en efecto, y no pueden hablar, o diseminar en ninguna forma, ninguna Información de Salud Protegida (conocido en inglés como Protected Health Information, [PHI]) con respecto a su hijo(a), a menos que sea imperativo administrar atención requerida a su hijo(a) dentro del ámbito de sus deberes médicos.

Al firmar abajo, usted confirma entender que la información provista en el Formulario de Inscripción adjunto pueda ser compartida con el personal del campo médico de emergencia para ayudarlos a proporcionar la atención médica de emergencia a su hijo(a) y que usted ha recibido una copia de las prácticas de privacidad de la agencia local de Servicios Médicos de Emergencia (conocido en inglés como Emergency Medical Services, [EMS]).

Como resultado del formulario que se usa para proporcionar un registro médico más completo para su hijo(a), hay una posibilidad que su información protegida de la salud sea dada a conocer a otras entidades que no están cubiertas por HIPAA.

El no firmar este formulario nunca resultará en la negación de un proceso normal de llamadas de emergencia o negación de cualquier tratamiento necesario de emergencia. Por favor comuníquese con el Servicio de Ambulancia al _____, la Agencia de EMS del Condado en _____ o los Servicios Médicos de Emergencia para el programa de Niños en la División de Salud Pública 302-233-1355 para cualquier pregunta sobre el formulario de consentimiento o SNAP-911.

Al firmar abajo, doy permiso para compartir el Formulario de Inscripción con el personal médico de emergencia que sea necesario, de tal forma que ellos puedan proporcionar toda la atención médica de emergencia que sea necesaria a mi hijo(a). También confirmo que he recibido una copia de este formulario de consentimiento completo y de las prácticas de privacidad de la agencia local de EMS. Entiendo que puedo revocar esta declaración por escrito en cualquier momento, excepto hasta que la organización nombrada arriba haya ya tomado acción en esta autorización. Para revocar esta declaración avise por escrito a su agencia local de EMS del condado indicando su deseo de retirar a su hijo(a) del “Programa de Alerta de Necesidades Especiales”. Incluya su correspondencia a la agencia de EMS del condado: el nombre del niño, la fecha de nacimiento y la dirección.

| | | |
|---|---|-------|
| Padre o Madre / Custodio (Escriba con letra de imprenta) o Custodio Legal | Padre o Madre / Custodio (Firma) o Custodio Legal | Fecha |
|---|---|-------|

Relación al niño(a)

| | | |
|--|-----------------|-------|
| Testigo (Escriba con letra de imprenta) | Testigo (Firma) | Fecha |
|--|-----------------|-------|

Este Consentimiento para Inscripción es efectivo por un año a partir de la fecha de la firma. Se requerirá un consentimiento nuevo y formularios actualizados de salud para continuar en el Programa de Alerta de Necesidades Especiales después de un año.



DELAWARE HEALTH AND
SOCIAL SERVICES
Division of Public Health



SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES DE DELAWARE
División de Salud Pública

El proyecto estuvo apoyado en parte por el número de beca B04MC11159 del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Recursos de la Salud y Administración de Servicios, Oficina de Salud Materna e Infantil, y el Secretario Asistente para Preparación y Respuesta, número de beca 1 U3REP080123-01-00 del Acuerdo Cooperativo del Programa de Preparación Hospitalaria

Formulario de Información de Emergencia para Niños con Necesidades Especiales

| | | | | |
|-----------------------------|--|---|--|--------------------------------|
| Identificación del Paciente | Fecha de hoy: | ¿Quién está completando este formulario? Usted debe confirmar su consentimiento para usar este formulario | | |
| | Su nombre: | ¿Es este un formulario nuevo o sólo una actualización? | <input type="checkbox"/> Actualización | <input type="checkbox"/> Nuevo |
| | SE REQUIERE CONSENTIMIENTO | | | |
| | Yo (la persona mencionada arriba) confirmo que el padre o la madre / custodio da su consentimiento para usar este formulario | | | |
| | <input type="checkbox"/> Consentimiento | | | |
| | Nombre del paciente | Apodo o sobrenombre | | |
| | Fecha de nacimiento | Domicilio | | |
| | Lenguaje primario | Nombre del padre o de la madre / custodio | | |
| Teléfono del domicilio | Numero del contacto de emergencia | | | |
| Teléfono del trabajo | | | | |
| Teléfono celular | | | | |

| | | | | | |
|--|------------------------------|----------------------|----------------|--|----------|
| Centros y Proveedores | Proveedor que brinda cuidado | Nombre del Proveedor | Especialidades | Números telefónicos de todos los contactos | Facsímil |
| | Cuidado primario | | | | |
| | Especialista-1 | | | | |
| | Especialista-2 | | | | |
| | Especialista-3 | | | | |
| | Especialista-4 | | | | |
| | Especialista-5 | | | | |
| | Otros | | | | |
| Farmacia primaria (sucursal, teléfono) | | | | | |
| Departamento de emergencia primaria anticipada | | | | | |
| Centro de cuidado terciario anticipado | | | | | |

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| Línea de Base Clínica | Lista de diagnóstico / problema (haga una lista de todos) empezando con el más importante | | |
| | Resultados físicos de la línea de base | | |
| | Señales vitales de la línea de base | | |
| | Estado neurológico de la línea de base | | |
| | Estado de competencia inmunológica | | |
| | Sinopsis del estado clínico | | |
| | Medicamentos (dosis, propósito) | | |
| | Profilaxis del antibiótico (medicamento, dosis, indicación) | | |
| | Estudios de laboratorio de línea de base principal / imágenes / diagnóstico | | |
| | Prótesis, aparatos, dispositivos de tecnología avanzada, apoyo de vida | | |
| | Alergias: Medicamentos, alimentos, sustancias que se deben evitar y por qué | | |
| | Directivas de avance (incluya fecha de revisión última) | | |
| | Procedimientos que se deben evitar y por qué | | |

| | | | |
|------------|---|--------------------|--------------------------------|
| Adm inistr | Describa los problemas que se presentan comúnmente / conclusiones | Estudios sugeridos | Recomendaciones de tratamiento |
| | Problema-1 | | |
| | Problema-2 | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Problema-3 | | | |
| Problema-4 | | | |
| Problema-5 | | | |
| Otros problemas | | | |
| Comentarios sobre el niño, familia, u otros asuntos médicos específicos | | | |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| Inmunizaciones | Fechas de DPT (vacuna contra difteria, tétano, tos ferina) | Estado de Varicela |
| | Fechas de Dtap (vacuna contra difteria, tétano, tos ferina) | Fechas de Hepatitis B |
| | Fechas de OPV o IPV (vacunas contra polio) | Fechas de Hepatitis A |
| | Fechas de MMR (vacuna contra sarampión, paperas, rubeola) | Meningococo (Especifique cuál si es posible) |
| | Fechas de Hib (Haemophilus Influenzae Tipo B) | Estado de TB (vacuna contra tuberculosis) |
| | Neumococo-7 (vacuna contra neumonía) | Virus HP (vacuna contra cáncer cervical) |
| | Otro | Otro |

| | | | |
|---|---|---|----------------------------|
| Planificación de Desastre y Ensayos | Revise o marque por lo menos dos de los desastres que posiblemente podrían afectar a este paciente. | | |
| | <input type="checkbox"/> Falla de electricidad | <input type="checkbox"/> Fuego, fuego de bosques | |
| | <input type="checkbox"/> Huracán | <input type="checkbox"/> Daño de infraestructura (camino, comunicación) | |
| | <input type="checkbox"/> Tornado | <input type="checkbox"/> Daño de estructura de refugio | |
| | <input type="checkbox"/> Terremoto | <input type="checkbox"/> Compromiso de abastecimiento de alimentos y agua | |
| | <input type="checkbox"/> Inundación | <input type="checkbox"/> Compromiso de medicamentos, abastecimientos, equipo | |
| | <input type="checkbox"/> Maremoto | <input type="checkbox"/> Accidente de radiación nuclear (precipitación radioactiva, fusión accidental del núcleo de un reactor, contaminación, detonación, etc.) | |
| | <input type="checkbox"/> Tormenta de nieve | <input type="checkbox"/> Explosión / disparo | |
| | <input type="checkbox"/> Avalancha | <input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo, terrorismo, accidente biológico, accidente químico, otro evento climático) | |
| | <input type="checkbox"/> Derrumbamiento / Desprendimiento de barro | | |
| Otro (describa) | | Otro (describa) | |
| Ensayos de desastre revisados o practicados con el paciente. Documentación de los ensayos completados y fechas planificadas para prácticas futuras. | | | |
| Fecha | Tipo de desastre | Ejemplo de ensayos: Revisión verbal Revisión de papeles Simulación de computadora de modelo para mesa Práctica manual, Revisión de equipo Revisión en casa Energía eléctrica alterna Uso de generador eléctrico | Describa el tipo de ensayo |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Persona que brinda el cuidado médico o nombre del médico: (Escriba con letra de imprenta) | | Firma de la persona que da el cuidado médico o firma del médico: | Fecha: |